

Al Direttore del Dipartimento di Biologia
SEDE

Oggetto: Richiesta autorizzazione missione dello studente/della studentessa per attività legate al progetto formativo del CdS a cui lo/la studente/ssa è iscritto/a

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di:

- ☐ Relatore interno (attività di tesi / tirocinio)
- ☐ Tutor interno (attività del Laboratorio di biologia sperimentale – CdS in Scienze Biologiche)
- ☐ Altro (specificare): _____

Dello/a studente/ssa _____

Matricola: _____

Iscritto/a al CdS in: _____

CHIEDE:

che lo/a studente/ssa sia autorizzato/a a svolgere la seguente missione nell'ambito dell'attività sopramenzionata:

- Data di partenza: ____/____/____
- Orario di partenza: ____/____/____
- Data di ritorno: ____/____/____
- Orario di ritorno: ____/____/____

NB: con missione di durata superiore a un giorno è da intendersi una missione che non prevede in alcun modo il rientro dello/a studente/ssa prima della data e dell'orario conclusivi indicati.

- Sede di svolgimento della missione:

- Mezzo di trasporto utilizzato dallo studente (se applicabile, indicare anche la targa del veicolo): _____

- Descrizione dettagliata dell'attività che sarà svolta durante la missione: _____

DICHIARA:

- ☐ che la suddetta missione è necessaria e propedeutica alla stesura della tesi/allo svolgimento del tirocinio/allo svolgimento del Laboratorio di biologia sperimentale e che è conforme al progetto formativo del CdS a cui lo/la studente/ssa è iscritto/a;
- ☐ che lo svolgimento della missione avverrà a costo zero per il Dipartimento di Biologia e che non sarà previsto alcun rimborso spese;
- ☐ che lo/la studente/ssa svolgerà la missione in autonomia (senza alcun accompagnatore);
- ☐ che lo/la studente/ssa svolgerà la missione accompagnato/a da: _____
- ☐ di aver preso visione della normativa di Ateneo in materia di missioni, della [Polizza Assicurazione per studenti \(infortuni\)](#) e della [Polizza di responsabilità civile generale](#);
- ☐ di aver informato lo/a studente/ssa di quali siano le attività rientranti nelle finalità autorizzate della missione e coperte dalle [Polizze assicurative di Ateneo](#);
- ☐ di aver valutato i rischi inerenti alla missione e di ritenere le attività previste compatibili con le condizioni di sicurezza e con le coperture assicurative di Ateneo;
- ☐ di essere consapevole che svolgimento della missione senza il rilascio dell'autorizzazione comporta per lo/a studente/ssa l'assenza di copertura assicurativa.

Data ____/____/____

Il richiedente
(indicare nome e cognome e firmare digitalmente)

f.to Il Presidente di CdS a cui lo/a studente/ssa è iscritto/a

f.to Il Direttore del Dipartimento di Biologia

(la firma del Presidente e del Direttore è gestita dall'Unità didattica del Dipartimento)

Da inviare a didattica@biologia.unipi.it

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa